

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Pengertian

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh (Syarifudin, 2013).

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah bentuk-bentuk pelayanan kebidanan yang dilakukan di luar bagian atau pelayanan berkelanjutan yang diberikan di rumah sakit dengan menekankan kepada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di masyarakat (Rita, 2009).

Pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan di masyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak (Johairiah, 2012).

Sasaran pelayan kebidanan komprehensif di komunitas antara lain individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utamanya

adalah ibu dan anak dalam keluarga. Kesehatan ibu meliputi sepanjang siklus kehidupannya mulai pra kehamilan, hamil, persalinan, pasca persalinan, dan masa di luar kehamilan. Sedangkan kesehatan anak meliputi perkembangan dan pertumbuhan anak mulai dari masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, masa pra-sekolah, dan masa sekolah (Rita, 2009).

Fokus/Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat, sakit maupun yang mempunyai masalah kesehatan secara umum (Meilani dkk, 2009).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

2.2.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Khumaira, 2012).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Pudiastuti, 2012).

2.2.2 Tanda-tanda kehamilan

Seorang perempuan bisa saja memiliki semua tanda dan gejala kehamilan tetapi tidak hamil, atau hanya mempunyai beberapa tanda dan gejala tetapi jelas hamil.

Ada beberapa tanda-tanda kehamilan yang dapat diperhatikan, yaitu sebagai berikut:

2.2.2.1 Tanda presuntif/dugaan

a. Amenore

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan

dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus *neagle* yaitu (hari pertama HT + 7) dan (bulan HT + 3).

b. *Morning sickness*

Morning sickness diartikan sebagai mual dan muntah biasanya sering terjadinya pada pagi hari. Bila mual dan muntah terlalu sering maka disebut hiperemesis.

c. Fatigue/kelelahan.

d. Mengidam (ingin makanan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan/minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama.

e. Sering BAK

Sering BAK terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar.

f. Payudara membesar dan tegang

Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

2.2.2.2 Tanda mungkin

a. Pembesaran abdomen (12 minggu)

b. Tanda piskacek

Tanda piskacek yaitu pertumbuhan rahim tidak sama kesemua arah, tetapi terjadi perubahan yang cepat di daerah implantasi plasenta sehingga bentuk rahim tidak simetris (usia 4-6 minggu).

c. Tanda hegar

Tanda hegar yaitu perubahan pada isthmus uteri yang menyebabkan isthmus uteri menjadi lebih panjang dan lunak (usia 6 minggu).

d. Tanda doogell

Tanda doogell yaitu pelunakkan pada leher rahim akibat peningkatan vaskularisasi (usia 8 minggu).

e. Tanda chadwick

Tanda chadwick yaitu warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu).

f. Kontraksi braxton hicks

Kontraksi braxton hicks yaitu kontraksi uteri yang datangnya sewaktu-waktu, tidak beraturan dan tidak mempunyai irama tertentu (akhir trimester pertama).

g. Tes kehamilah positif (usia 7-10 hari setelah konsepsi).

2.2.2.3 Tanda pasti

a. Adanya denyut jantung janin.

b. Adanya pergerakan janin (usia 19 minggu)

c. Visualisasi fetus dalam USG (usia 5-6 minggu)
(Pudiastuti, 2012).

2.2.3 Antenatal care (ANC)

2.2.3.1 Menurut Rukiyah dkk (2009) Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan yaitu:

Antenatal care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan social dalam keluarga, memantau perubahan-perubahan fisik yang normal yang dialami ibu serta tumbuh kembang janin, juga mendeteksi dan serta menatalaksanakan kondisi yang tidak normal. Oleh karena itu pelayanan/asuhan antenatal merupakan cara untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal.

Antenatal Care adalah Asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak konfirmasi, konsepsi hingga awal persalinan. Bidan kan menggunakan pendekatan yang berpusat pada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dan keluarganya dengan berbagai informasi untuk memudahkannya membuat pilihan tentang asuhan yang ia terima (Marmi, 2011).

2.2.3.2 Menurut Dewi dan Sunarsih (2011) Tujuan Asuhan Kehamilan yaitu:

- a. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- b. Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan
- c. Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, serta logis untuk menghadapi kelahiran dan kemungkinan adanya komplikasi.

2.2.3.3 Menurut Saifudin (2010) Jadwal dan Informasi Kunjungan Antenatal yaitu:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu ke 14-28)
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke 26-36 dan sesudah minggu ke 36).

Tabel 2.1 Informasi Kunjungan Kehamilan

| Kunjungan | Waktu | Informasi Penting |
|-------------------|------------------------|--|
| Trimester pertama | Sebelum minggu ke 14 | <p>Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.</p> <p>Mendeteksi masalah dan menanganinya.</p> <p>Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonaturum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan.</p> <p>Memulai kesiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.</p> <p>Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).</p> |
| Trimester kedua | Sebelum minggu ke 28 | Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan mengenai preeklamsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria). |
| Trimester ketiga | Antara minggu ke 28-36 | Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda. |
| Trimester ketiga | Setelah minggu ke 36 | Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit. |

Tabel 2.2 Memantau Tumbuh Kembang Janin Menggunakan TFU

| Usia Kehamilan | Tinggi Fundus | |
|----------------|------------------------------------|---|
| | Dalam cm | Menggunakan petunjuk-petunjuk badan |
| 12 minggu | - | Teraba diatas simfisis pubis |
| 16 minggu | - | Di tengah antara simfisis pubis dan umbilicus |
| 20 minggu | 20 cm (± 2 cm) | 2-3 jari dibawah pusat |
| 22-27 minggu | 24-15 cm diatas simfisis | - |
| A28 minggu | 26,7 (± 2 cm) diatas simfisis | Di tengah antara umbilicus dan prosesus sifoideus |
| 29-35 minggu | 29-31 (± 2 cm) diatas simfisi | - |
| 36 minggu | 36 cm | Pada prosesus sifoideus |

2.2.3.4 Menurut Pantikawati dan Saryono (2012) Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan edemic malaria menjadi 14T, yaitu:

- a. Ukur tinggi badan/berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur tinggi fundus uteri
- d. Pemberian imunisasi TT
- e. Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet) selama kehamilan
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual
- g. Temu wicara/konseling
- h. Tes/pemeriksaan HB
- i. Tes/pemeriksaan urin protein
- j. Tes reduksi urin
- k. Perawatan payudara
- l. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- m. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemic gondok)
- n. Terapi obat malaria.

2.2.4 Kebijakan teknis

Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil membutuhkan pemantauan selama hamil.

Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

2.2.4.1 Mengupayakan kehamilan yang sehat

2.2.4.2 Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serja rujukkan bila diperlukan.

2.2.4.3 Persiapan persalinan yang bersih dan aman.

2.2.4.4 Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi (Rukiyah dkk, 2009).

2.2.5 Imunisasi TT

Imunisasi TT yang dibutuhkan oleh ibu hamil yang terutama adalah Tetanus Toksoid (TT). Imunisasi TT adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus (Rukiyah dkk, 2009).

Tabel 2.3 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

| Imunisasi | Interval | Persen Perlindungan | Masa Perlindungan |
|-----------|----------------------------|---------------------|-----------------------|
| TT 1 | Pada kunjungan ANC pertama | 0 % | Tidak ada |
| TT 2 | 4 minggu setelah TT 1 | 80 % | 3 tahun |
| TT 3 | 6 bulan setelah TT 2 | 95 % | 5 tahun |
| TT 4 | 1 tahun setelah TT 3 | 99 % | 10 tahun |
| TT 5 | 1 tahun setelah TT 4 | 99 % | 25 tahun/seumur hidup |

2.2.6 Kunjungan ulang

Menurut Rukiyah dkk (2009) Kunjungan ulang adalah setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama.

Tujuan kunjungan ulang difokuskan pada pendeteksian komplikasi, persiapan kelahiran dan kegawatdaruratan.

Jadwal kunjungan ulang sebaiknya:

2.2.6.1 Sampai dengan 28 minggu usia kehamilan, setiap 4 minggu

2.2.6.2 Antara 28 sampai 36 minggu, setiap 2 minggu

2.2.6.3 Antara 36 minggu sampai kelahiran, setiap minggu.

2.2.7 Ketidak nyamanan pada kehamilan dan cara mengatasinya

Ketidak nyamanan pada kehamilan dan cara mengatasinya menurut Rukiyah dkk (2009) yaitu:

2.2.7.1 Konstipasi

Disebabkan karena progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau bisa juga karena suplemen zat besi.

Penatalaksanaannya dengan menganjurkan pasien untuk berolahraga setiap hari dengan intensitas yang sedang, minum lebih banyak cairan dan makan makanan yang berserat tinggi, dengan diet atau kadang-kadang diberikan pencahar ringan (dengan resep dokter).

2.2.7.2 Hemorrhoid

Disebabkan karena tekanan pada vena pelvis oleh uterus yang membesar sehingga mengganggu sirkulasi darah vena. Penatalaksanaan khusus dengan diet, pemberian krim atau supositoria hemorrhoid, kadang dilakukan operasi jika terdapat trombosis (kolaborasi dengan dokter). Asuhan yang dapat diberikan dengan menjelaskan cara mencegah konstipasi, menghindari berdiri dalam waktu yang lama, berbaring miring pada sisi kiri tubuh dengan kedua kaki sedikit ditinggikan, menghindari pakaian yang ketat.

2.2.7.3 Kram tangan

Disebabkan karena penekanan pada saraf di daerah pergelangan tangan akibat penimbunan cairan yang terjadi dalam kehamilan. Keluhan dapat dirasakan lebih berat saat pagi hari setelah bangun tidur, karena posisi tidur atau penekanan pada lengan atau pergelangan tangan saat tidur.

Penatalaksanaannya dengan menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan seperti sering menggerak-gerakkan tangan dan menghindari posisi tidur yang dapat menyebabkan penekanan kepala atau badan terhadap tangan.

2.2.7.4 Nyeri punggung

Disebabkan oleh progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya beban berat yang dibawah rahim.

Penatalaksanaannya dengan memberikan nasehat untuk memperhatikan postur tubuh, jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu dengan tumit yang rendah, hindari mengangkat benda yang berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung.

2.2.7.5 Sering buang air kecil

Disebabkan karena progesteron dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun kerongga panggul.

Penatalaksanaannya menganjurkan ibu untuk mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minuman yang mengandung cafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak disiang hari.

2.2.7.6 Sesak nafas

Disebabkan oleh tekanan uterus pada diafragma. Dapat diatasi dengan senam hamil (latihan pernafasan) dan menganjurkan ibu untuk aktifitas dan istirahat yang seimbang (Rukiyah dkk, 2009).

2.2.8 Tanda bahaya pada kehamilan

2.2.8.1 Tanda bahaya pada kehamilan muda:

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam dalam kehamilam adalah normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* di

sekitar waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari *friable cervix*. Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi. Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang berwarna merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat menyakitkan seperti perdarahan:

- 1) Abortus
- 2) Kehamilan mola hidatidosa
- 3) Kehamilan ektopik

b. Hipertensi gravidarum

Hipertensi dalam kehamilan termasuk hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu). Nyeri kepala, kejang, dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Keadaan ini yang dapat mengakibatkan kejang adalah epilepsi, malaria, trauma kepala, meningitis dan ensefalitis.

c. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik atau abortus.

2.2.8.2 Tanda bahaya pada kehamilan lanjut

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran.

Perdarahan pada akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta.

b. Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

c. Pandangan mata kabur

Karena pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan penglihatan secara mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang dan berbintik-bintik. Perubahan penglihatan mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan penglihatan secara mendadak mungkin merupakan suatu tanda pre-eklampsia.

d. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak

hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus dan lain-lain.

e. Bengkak pada muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada siang hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklampsia.

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Hani dkk, 2010).

2.2.9 Pemeriksaan pada asuhan kehamilan

2.2.9.1 Mencatat hasil pemeriksaan data subjektif

a. Informasi biodata

Identitas ibu dan suami (Nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat)

b. Keluhan utama

Sadar/tidak akan kemungkinan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/masalah lain yang dirasakan.

c. Riwayat kehamilan sekarang meliputi :

- 1) HPHT (Hari pertama haid terakhir)
- 2) HPL (Hari perkiraan lahir)
- 3) Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
- 4) Masalah dan tanda bahaya
- 5) keluhan-keluhan lazim pada kehamilan (seperti mual, pusing, sakit pinggang)
- 6) Penggunaan obat (termasuk jamu)
- 7) Kekhawatiran lain yang dirasakan

d. Riwayat obstetri meliputi :

(Menarche/pertama kali haid, siklus, lamanya, banyak/berapa kali dalam sehari ganti pembalut, bau, konsistensi, dismenorhea)

e. Riwayat kehamilan yang lalu

- 1) Jumlah kehamilan, anak lahir hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan, (dengan vakum atau dengan SC)
- 2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya
- 3) Hipertensi disebabkan kehamilan sekarang atau kehamilan sebelumnya
- 4) berat bayi sebelumnya <2500 atau >4000 gram
- 5) masalah-masalah lain yang dialami

f. Riwayat kesejahteraan termasuk penyakit-penyakit yang dapat dahulu dan sekarang.

- 1) Masalah kardiovaskular

- 2) Hipertensi
 - 3) Diabetes
 - 4) Malaria
 - 5) PMS (penyakit menular seksual)
- g. Riwayat sosial ekonomi
- 1) Status perkawinan
 - 2) Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini
 - 3) Riwayat KB
 - 4) Dukungan keluarga
 - 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga
 - 6) Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi
 - 7) Kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, dan minum obat atau alkohol
 - 8) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari
 - 9) Tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan

2.2.9.2 Mencatat hasil pemeriksaan data objektif/pemeriksaan fisik umum

- a. Keadaan umum dan tingkat kesadaran
- b. TTV meliputi Tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)
- c. Berat badan, tinggi badan , lingkar lengan atas
- d. Inspeksi
 - 1) Kepala dan leher (edema diwajah, ikterik pada mata, bibir pucat, leher meliputi pembengkakan kelenjar limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid)
 - 2) Tangan dan kaki (edema pada jari tangan, kuku jari pucat, varises vena, reflek-reflek)
 - 3) Payudara (ukuran, kesimetrisan, puting payudara : menonjol atau masuk, keluarnya kolustrum atau cairan lain, retraksi)

- 4) Abdomen (Luka operasi, tinggi fundus uteri jika >12 minggu, letak, persentasi, posisi, dan penurunan kepala kalau >36 minggu)
- 5) Genetalia luar (eksternal)
Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran, kelenjar bartholin : bengkak (massa) cairan yang keluar.
- 6) Genitalia dalam (Interna)
Serviks meliputi cairan : yang keluar, luka (lesi), kelunakan, posisi, mobilisasi, tertutup, atau membuka. Vagina meliputi cairan yang keluar, luka, dan darah. Ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama)

e. Palpasi

Menggunakan cara leopold dengan langkah sebagai berikut :

1) Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian janin yang ada di fundus. Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut.

- a) Pemeriksa menghadap pasien
- b) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi fundus uteri
- c) Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin.
- d) Cara mengukur tinggi fundus uteri berdasarkan teknik McDonal adalah melakukan pengukuran

dimulai dari simfisis sampai dengan fundus menggunakan meteran (Marmi, 2011).

Tabel 2.4 Pemeriksaan Tuanya Kehamilan Berdasarkan TFU

| | |
|-----------|--|
| 4 minggu | belum teraba |
| 8 minggu | dibelakang simfisis |
| 12 minggu | 1-2 jari diatas simfisis |
| 16 minggu | pertengahan simfisis-pusat |
| 20 minggu | 2-3 jari dibawah pusat |
| 24 minggu | Setinggi pusat |
| 28 minggu | 2-3 jari diatas pusat |
| 32 minggu | pertengahan pusat-prx |
| 36 minggu | 3 jari dibawah prx/ setinggi pusat |
| 40 minggu | sama dengan 8 bulan tapi melebar kesamping |

2) Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan.
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin).

3) Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri

- b) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin. Jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak lintang.
- c) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul)

4) Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan menghadap kaki pasien.
- b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah.
- c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah.
- d) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul.
- e) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.
- f) Jika memungkinkan dalam palpasi diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun

kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar) pada kehamilan aterm, perkiraan berat janin dapat menggunakan rumus Johnson-Tossec yaitu :

Jika kepala sudah masuk PAP $(TFU - 11) \times 155$
 $= \dots$ gram,

Jika kepala belum masuk PAP $(TFU - 12) \times 155$
 $= \dots$ gram.

f. Auskultasi (bila >18 minggu)

Dengan menggunakan stetoskop kayu, laennec atau alat dopler yang ditempelkan di daerah punggung janin, dihitung frekuensi 5 detik pertama, ketiga, dan ke lima, kemudian dijumlah dan dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi 1 menit. Batas frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit.

g. Pemeriksaan panggul

Untuk pemeriksaan panggul pada wanita hamil dilakukan jika ada indikasi dan pada anak pertama pemeriksaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya panggul sempit. Alat pengukur yang sering digunakan adalah jangkar panggul dari martin ukuran-ukuran yang ditentukan adalah :

- 1) Distansia spinarum yaitu jarak spina iliaca anterior superior kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 23-25 cm.
- 2) Distansia cristarum yaitu jarak terjauh antara crista iliaca terjauh kanan dan kiri antara ukuran normal 26-29 cm bila selisih antara distansia cristarum dan distansi spinarum < 16 cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul.

3) Konjugata eksterna yaitu jarak antara tepi atas simfisis dan prosesus lumba lima, dengan ukuran normal 18-20 cm, bila diameter <16 cm kemungkinan terdapat kesempitan panggul.

4) Lingkar panggul normalnya 80-90 cm.

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Hemoglobin (HB)

Pemeriksaan HB sahli dilakukan pada ibu hamil pada kunjungan awal dan pada trimester III (28 minggu) dan bila didapat tanda-tanda anemia menjelang persalinannya sebagai tindakan antisipasi pada proses persalinan seandainya terjadi komplikasi.

Hasil pemeriksaan HB sahli dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a) Dikatakan tidak anemia jika HB 11 gr%
- b) Dikatakan anemia ringan jika HB 9-10 gr%
- c) Dikatakan anemia sedang jika HB 7-8 gr%
- d) Dikatakan anemia berat jika HB <7 gr% .

2) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan protein dalam urine ini bertujuan untuk mengetahui komplikasi adanya per-eklampsia pada ibu hamil yang seringkali menyebabkan masalah dalam kehamilan maupun persalinan dan terkadang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi bila tidak segera diantisipasi.

Hasil pemeriksaan protein urine dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a) Negatif : Tidak ada kekeruhan
- b) Positif + : Ada kekeruhan sedikit tanpa butir-butir

- c) Positif ++ : Kekeruhan dan tampak butir-butir
- d) Positif +++ : Kekeruhan dengan berkeping-keping
- e) Positif ++++ : Bekeping keping besar

3) Pemeriksaan urine reduksi

Pemeriksaan urine reduksi bertujuan untuk melihat adanya glukosa dalam urine. Urine normal biasanya tidak mengandung glukosa.

Hasil pemeriksaan urine reduksi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a) Negatif : Biru kehijauan
- b) Positif + : Hijau kekuning-kuningan
- c) Positif ++ : Kuning keruh
- d) Positif +++ : Kuning kemerahan
- e) Positif ++++ : Merah Keruh

2.3 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.3.1 Pengertian

Menurut WHO persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan persentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Khumaira, 2012).

Persalinan adalah pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, sering dan kuat yang

nampak tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Walyani, 2015).

2.3.2 Tanda-tanda persalinan

2.3.2.1 Adanya kontraksi rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil ingin melahirkan adalah mengejanya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut rahim untuk membesar dan meningkatkan aliran darah didalam plasenta.

Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:

- a. Increment: Ketika intensitas terbentuk
- b. Acme: Puncak atau maximum
- c. Decement: Ketika otot relaksasi

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut berkontraksi akan lebih sering terjadi.

2.3.2.2 Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir ini lah yang disebut sebagai bloody slim.

2.3.2.3 Keluar air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dalam jumlah yang cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah

akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan.

2.3.2.4 Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan., setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat. Membukanya leher rahim sebagian respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan dan pembukaan leher rahim. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan (Walyani, 2015).

2.3.3 Tahapan persalinan

Pada proses persalinan di bagi 4 kala yaitu:

2.3.3.1 Kala I (kala pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida berlangsung sekitar 8 jam.

Dalam kala 1 dibagi menjadi 2 fase :

a. Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- 1) Pembukaan kurang dari 4 cm
- 2) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

b. Fase aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- 2) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
- 4) Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase yaitu:
 - a) Periode akselerasi, berangsur selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap.

2.3.3.2 Kala II (kala pengeluaran janin)

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

Pada kala II ini memiliki khas:

- a. His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- c. Tekanan pada rektum dan ibu merasa ingin BAB
- d. Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan

mengejan yang terpimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin.

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- 1) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
- 2) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

2.3.3.3 Kala III (kala uri)

Kala III adalah waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw), seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Tanda kala III terdiri dari 2 fase, yaitu:

a. Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas:

1) Schultze

Data ini sebanyak 80% yang terlepas lebih dahulu ditengah, kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri mula-mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

2) Dunchan

Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%). Darah akan mengalir semua diantara selaput ketuban.

3) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b. Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

1) Kustner

Meletakkan tangan dengan tekanan pada/di atas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

2) Klien

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah lepas.

3) Strastman

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

4) Rahim menonjol diatas simfisis.

5) Tali pusat bertambah panjang.

6) Rahim bundar dan keras

7) Keluar darah secara tiba-tiba.

2.3.3.4 Kala IV(kala pengawasan)

Kala ini dilakukan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari

pasien akan mengeluarkan sedikit cairan darah yang disebut lochia yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Hal ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan makin hebat dapat dilakukan tindakan secepatnya (Walyani, 2015).

2.3.4 Mekanisme persalinan normal

Putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran manusia. Tujuh gerakan kondisi presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan adalah engagement, descent (penurunan), fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar dan akhirnya kelahiran melalui ekspulsi.

2.3.4.1 Engagement

Kepala dikatakan telah menancap pada pintu atas panggul apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan fase aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala sering kali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

2.3.4.2 Descent (Penurunan)

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan

retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. keadaan ini menyebabkan bayi tedorong ke dalam jalan lahir.

2.3.4.3 Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

2.3.4.4 Putaran Paksi Dalam

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. putarak paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

2.3.4.5 Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul terjadilah ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

2.3.4.6 Putar Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam selanjutnya putaran

diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber *ischadicum*.

2.3.4.7 Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Rukiyah dkk, 2009).

2.3.5 Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan

2.3.5.1 Power (tenaga yang mendorong bayi keluar)

Seperti his atau kontraksi uterus kekuatan ibu mengedan, kontraksi diafragma dan legamentum action terutama legamentum rotundum.

2.3.5.2 Passage (faktor jalan lahir)

Perubahan pada serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks dan perubahan pada vagina dan dasar panggul.

2.3.5.3 Passanger

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin. Ukuran kepala janin lebih lebar daripada bagian bahu, kurang lebih seperempat dari panjang ibu. 98% bayi dilahirkan dengan bagian kepala lahir pertama. Passanger terdiri dari janin, plasenta dan selaput ketuban.

2.3.5.4 Psikis ibu

Penerimaan pasien atas jalannya perawatan antenatal (petunjuk dan persiapan untuk menghadapi persalinan), kemampuan klien untuk bekerjasama dengan penolong dan adaptasi terhadap rasa nyeri persalinan.

2.3.5.5 Penolong

Meliputi ilmu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, kesabaran dan pengertian dalam menghadapi klien baik primipara dan multipara (Rukiyah dkk, 2009).

2.3.6. Asuhan pada persalinan

2.3.6.1 Asuhan pada kala I:

- a. Memberikan dukungan emosional
- b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
- c. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
- d. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan
- e. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
- f. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
- g. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
- h. Pencegahan infeksi

2.3.6.2 Asuhan pada kala II

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan.
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran bayi, seperti posisi penolong berada disebelah kanan ibu agar dapat memudahkan penolong melakukan setiap tindakan dan mendekatkan semua peralatan yang diperlukan ditempat persalinan (Rukiyah dkk, 2009).

- d. Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan.
- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman.
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

2.3.6.3 Asuhan pada kala III

- a. Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- b. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- c. Pencegahan infeksi pada kala III
- d. Memantau keadaan ibu (Tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- e. Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.
- h. MAK III

MAK III Adalah penatalaksanaan secara aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) untuk membantu menghindari terjadinya perdarahan pasca persalinan dengan langkah pemberian suntik oksitosin, penegangan tali pusat dan massase fundus uteri.

Tujuan Penatalaksanaan aktif Kala III adalah:

- 1) Menghasilkan kontraksi uterus lebih efektif

- 2) Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

2.3.6.4 Asuhan pada kala IV

- a. Melakukan rangsangan taktil uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
- b. Mengevaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan dan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi pusat atau beberapa jari diatas pusat. Sebagai contoh, hasil pemeriksaan ditulis : “dua jari dibawah pusat”
- c. Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- d. Memeriksa kemungkinan perdarahan dan robekan
- e. Mengevaluasi keadaan umum ibu
- f. Mendokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibelakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

2.3.6.5 Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

- a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Langkah-langkah dalam proses pengambilan keputusan klinik, yaitu :

- 1) Pengumpulan data
- 2) diagnosis
- 3) penatalaksanaan asuhan atau perawatan
- 4) evaluasi

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dari ibu bersalin. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

c. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) merupakan komponen yang tidak terpisahkan dengan tindakan-tindakan dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi.

- 1) Mencuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Memakai perlengkapan perlindungan diri (celemek, kaca mata, masker, topi, sepatu tertutup)
- 4) Menggunakan aseptis dan teknik aseptik
- 5) Memproses alat bekas pakai

d. Pencatatan (Rekam medik)

Catat setiap asuhan yang sudah di berikan kepada ibu maupun bayi.

e. Rujukan

Tindakan rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendraan, uang) (Rukiyah dkk, 2009).

2.3.7 Langkah-langkah asuhan persalinan normal

Standar 60 langkah asuhan persalinan normal, Berdasarkan Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut :

Tabel 2.5 Standar 60 Langkah APN

| NO | KEGIATAN |
|--|---|
| I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II | |
| 1. | a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c. Perineum menonjol d. Vulva-vagina dan springter ani membuka |
| II. menyiapkan Pertolongan Persalinan | |
| 2. | Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set. |
| 3. | Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup. |
| 4. | Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih. |
| 5. | Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam. |
| 6. | Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik. |
| III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik | |
| 7. | Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi. |
| 8. | Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi |
| 9. | Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan |
| 10. | Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180x/menit) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf. |
| IV. Menyiapkan Ibu & keluarga untuk membantu proses pimpinan persalinan | |

| | |
|--|--|
| 11. | Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. |
| 12. | Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran |
| 13. | Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran c. Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi d. Berikan asupan cairan peroral |
| 14. | Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit. |
| V. Persiapan Pertolongan Persalinan | |
| 15. | Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi. |
| 16. | Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu. |
| 17. | Membuka partus set. |
| 18. | Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. |
| VI. Menolong Kelahiran Bayi | |
| 19. | Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain 1/3 tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih |
| 20. | Memeriksa lilitan tali pusat a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya. |
| 21. | Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. |
| 22. | Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas luar untuk melahirkan bahu posterior. |
| 23. | Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi |

| | |
|--|--|
| | saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir. |
| 24. | Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki. |
| VII. Penanganan Bayi Baru Lahir | |
| 25. | Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan) |
| 26. | Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi menggunakan topi. |
| 27. | Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua |
| 28. | Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik disuntik |
| 29. | Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit, IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. |
| 30. | Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu) |
| 31. | Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut. |
| 32. | Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI. |
| 33. | Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum. |
| 34. | Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain. |
| 35. | Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangannya ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (Dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangannya tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu. |

| | |
|---|---|
| 36. | <p>Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.</p> <p>a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.</p> <p>b. Jika plasenta tidk lepas setelah melakukan peregang tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.</p> |
| 37. | Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban tersebut. |
| 38. | Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). |
| VIII. Menilai Perdarahan | |
| 39. | Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. |
| 40. | Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. |
| 41. | Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. |
| 42. | Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan. |
| IX. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan. | |
| 43. | Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih. |
| 44. | Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus. |
| 45. | Mengevaluasi kehilangan darah. |
| 46. | Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama sejam kedua pasca persalinan. |
| 47. | Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering. |
| 48. | Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk |

| | |
|-----|---|
| | dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi. |
| 49. | Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai. |
| 50. | Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering. |
| 51. | Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan. |
| 52. | Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih. |
| 53. | Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. |
| 54. | Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. |
| 55. | Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi |
| 56. | Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi. |
| 57. | Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan. |
| 58. | Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. |
| 59. | Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering. |
| 60. | Lengkapi partograf |

2.3.8 Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan patograf adalah untuk:

2.3.8.1 Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.

2.3.8.2 Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

2.3.8.3 Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan *medikamentosa* yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam ibu bersalin dan Bayi Baru Lahir (Khumaira, 2012).

2.3.8.4 Jika digunakan secara tepat dan konsisten, patograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu
- f. Partograf harus digunakan :
 - 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. patograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis.

- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Rukiyah dkk, 2009).

2.4 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010).

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi (Rukiyah, 2010).

2.4.2 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Bayi baru lahir dikatakan normal jika mempunyai beberapa tanda sebagai berikut:

2.4.2.1 Lahir aterm 37-42 minggu

2.4.2.2 Berat badan 2500-4000 gram

2.4.2.3 Panjang Badan 48-52 cm

2.4.2.4 Lingkar dada 30-38 cm

2.4.2.5 Lingkar kepala 33-35 cm

2.4.2.6 Lingkar lengan 11-12 cm

2.4.2.7 *Heart rate* atau frekuensi denyut jantung 120-160x/m

- 2.4.2.8 Pernapasan 40-60x/m
- 2.4.2.9 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- 2.4.2.10 Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 2.4.2.11 Kuku nampak panjang dan lemas
- 2.4.2.12 Nilai Apgar > 7
- 2.4.2.13 Gerak aktif
- 2.4.2.14 Bayi lahir langsung menangis kuat
- 2.4.2.15 Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 2.4.2.16 Refleks sucking (mengisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- 2.4.2.17 Refleks morro (gerakkan memeluk bila dikagetkat) sudah terbentuk dengan baik
- 2.4.2.18 Refleks grasping (menggenggam) sudah terbentuk dengan baik
- 2.4.2.19 Genetalia
 - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
- 2.4.2.20 Eliminasi yang baik ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2011).

2.4.3 Penilaian tanda-tanda kegawatan

Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda antara lain: sesak napas, frekuensi pernapasan 60x/m, gerah retraksi didada, malas menyusu, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (500-2500 gram) dengan kesulitan minum (Rukiyah, 2010).

Tanda-tanda bayi sakit berat apabila terdapat salah satu atau lebih tanda seperti: sulit menyusu, sianosis sentral (lidah biru), perut kembung, periode apneu, kejang/periode kejang-kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir <1500 gram (Rukiyah, 2010).

2.4.4 Nilai Apgar

Nilai apgar merupakan alat yang dikembangkan untuk mengkaji kondisi fisik bayi pada saat kelahiran. Lima dimensi-denyut jantung, upaya napas, tonus otot, respons terhadap rangsangan, dan warna-diberi nilai nol, satu, atau dua. Oleh sebabitu, nilai maksimum adalah 10 (Rukiyah, 2010).

Tabel 2.6 Tanda APGAR

| Skor | 0 | 1 | 2 |
|--|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <i>Appearance color</i> (warna kulit) | Pucat/biru seluruh tubuh | Badan merah, ekstremitas biru | Seluruh tubuh kemerahan |
| <i>Pulse (heart rate)</i> frekuensi jantung | Tidak ada | <100x/menit | >100x/menit |
| <i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan) | Tidak ada | Sedikit gerakkan mimik | Menangis, batuk/bersin |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------|
| <i>Activity</i> (tonos otot) | Lumpuh | Ekstremitas dalam fleksi sedikit | Gerakkan aktif |
| <i>Respiration</i> (usaha nafas) | Tidak ada | Lemah/tidak teratur | Menangis kuat |

Sumber: (Rukiyah, 2010)

Interpretasi:

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

2.4.5 Komponen asuhan bayi baru lahir

2.4.5.1 Pencegahan infeksi

- a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
- c. Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan terutama klem, gunting, pengisap lender delee, alat resusitasi dan benang tali pusat telah di Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi.
- d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

2.4.5.2 Penilaian segera setelah lahir

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- c. Apakah bayi menangis atau bernafas?
- d. Apakah tonos otot bayi baik?

2.4.5.3 Pencegahan kehilangan panas

- a. Mekanisme kehilangan panas

1) Evaporasi

Evaporasi terjadi karena penguapan air ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

2) Konduksi

Konduksi terjadi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin (misalnya timbangan atau meja).

3) Konveksi

Konveksi terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin (misalnya kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan).

4) Radiasi

Radiasi terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

b. Mencegah kehilangan panas

1) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks.

2) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu kekulit bayi.

2.4.5.4 Asuhan tali pusat

a. Jangan membungkus potongan tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun kepotongan tali pusat. Nasehati hal yang sama bagi ibu dan keluarga.

b. Memberi nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi:

1) Lipat popok dibawah potongan tali pusat

- 2) Jika tali pusat kotor, bersihkan dengan hati-hati dengan air DTT dan sabun, serta segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- 3) Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan ke petugas atau fasilitas kesehatan jika tali pusat menjadi merah, bernanah dan/atau berbau.

2.4.5.5 Bounding attachment

Bounding attachment adalah kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan post partum.

Keuntungan bounding attachment adalah bayi merasa dicintai, diperhatikan, percaya diri, merasa aman, menimbulkan sikap social, serta berani mengeksplorasi lingkungan barunya.

2.4.5.6 Inisiasi menyusui dini

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi langsung diletakkan di dada ibunya sebelum bayinya dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antara ibu dan anak. Pada jam pertama si bayi menemukan payudara ibunya, ini adalah awal hubungan menyusui yang berkelanjutan dalam kehidupan antara ibu dan bayi menyusui.

2.4.5.7 Pemberian ASI

Pada hari-hari pertama kelahiran bayi, apabila penghisapan puting susu cukup kuat maka akan dihasilkan secara bertahap menghasilkan 10-100 cc ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14 usia bayi. Bayi sehat akan mengonsumsi ASI 700-800 cc ASI per hari (kisaran 600-1000 cc) untuk tumbuh kembang bayi. Produksi ASI mulai menurun (500-700 cc) setelah 6 bulan pertama dan menjadi

400-600 cc pada 6 bulan kedua. Produksi ASI akan menjadi 300-500 cc pada tahun kedua usia anak.

Refleks laktasi pada bayi baru lahir:

- a. Refleks mencari puting (*rooting*)
- b. Refleks menghisap (*sucking*)
- c. Refleks menelan (*swallowing*)

2.4.5.8 Pemberian salep mata

Salep antibiotik Tetrasiklin 1% harus diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui.

2.4.5.9 Pemberian vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler pada paha kiri setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi setelah menyusui.

2.4.5.10 Pemberian imunisasi

- a. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K, pada saat bayi berumur 2 jam.
- b. Vaksin polio diberikan pada kunjungan pertama. Bayi yang lahir di RB/RS diberikan vaksin OPV saat bayi dipulangkan untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain. Selanjutnya untuk polio-1, polio-2, polio-3 dapat diberikan vaksin OPV atau IPV.
- c. Vaksin BCG optimal diberikan pada umur 2 sampai 3 bulan. Bila vaksin BCG akan diberikan sesudah umur 3 bulan, perlu dilakukan uji tuberkulin. Bila uji tuberkulin pra-BCG tidak dimungkinkan, BCG dapat diberikan, namun harus observasi dalam 7 hari. Bila ada reaksi lokal cepat di tempat suntikkan perlu dievaluasi lebih lanjut (diagnostik TB).

- d. Vaksin DPT diberikan pada umur > 6 minggu. Dapat diberikan vaksin DTwP atau DtaP atau kombinasi dengan Hepatitis B atau Hib, ulangan DPT umur 18 bulan dan 5 tahun.
- e. Vaksin Campak diberikan pada umur 9 bulan, vaksin penguat diberikan pada umur 5 sampai 7 tahun.
- f. Vaksin Pneumokokus dapat diberikan pada umur 2, 4, 6, 12-15 bulan. Pada umur 7-12 bulan diberikan 2 kali dengan interval 2 bulan, pada umur > 1 tahun diberikan 1 kali, namun keduanya perlu dosis ulang 1 kali pada umur > 12 bulan atau minimal 2 bulan setelah dosis terakhir.
- g. Vaksin Rotavirus Monovalen diberikan 2 kali, vaksin rotavirus pentavalen diberikan 3 kali. Vaksin rotavirus monovalen dosis ke-1 diberikan umur 6-14 minggu, dosis ke-2 diberikan dengan interval minimal 4 minggu.
- h. Vaksin Rotavirus Pentavalen dosis ke-1 diberikan umur 6-12 minggu, interval dosis ke-2, ke-3 dan ke-4 sampai ke-10 minggu, dosis ke-3 diberikan pada umur < 32 minggu (interval minimal 4 minggu).
- i. Vaksin Varisela dapat diberikan setelah umur 10-12 tahun. Bila diberikan umur > 12 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.
- j. Vaksin MMR dapat diberikan pada umur 12 bulan, apabila belum mendapatkan vaksin campak umur 9 bulan. Selanjutnya MMR ulang diberikan pada umur 5-7 tahun.
- k. Vaksin Influenza diberikan pada umur > 6 bulan setiap tahun, untuk imunisasi primer anak umur 6 bulan

sampai umur < 9 tahun diberikan 2 kali dengan interval minimal 4 minggu.

1. Vaksin HPV dapat diberikan mulai umur 10 tahun. Jadwal vaksin HPV bivalen 0, 1, 6 bulan. Vaksin HPV tetravalen 0, 2, 6 bulan.

2.4.6 Jadwal kunjungan pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus

2.4.6.1 Kunjungan Neonatal hari ke-1 (KN 1)

- a. Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (≥ 24 jam)
- b. Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6 - 24 jam setelah lahir.
- c. Hal yang dilaksanakan:
 - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - 2) Barikan Asi Eksklusif
 - 3) Cegah infeksi
 - 4) Rawat tali pusat

2.4.6.2 Kunjungan Neonatal hari ke-2 (KN 2)

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
- b. Barikan asi eksklusif
- c. Cegah infeksi
- d. Rawat tali pusat

2.4.6.3 Kunjungan Neonatal minggu ke-3 (KN 3)

- a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
- b. Lakukan: Jaga kehangatan tubuh, Beri ASI Eksklusif, Rawat tali pusat.

Tabel 2.7 Kunjungan Neonatus (KN)

| Kunjungan | Penatalaksanaan |
|--|--|
| Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir | <p>1. Mempertahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5 bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup.</p> <p>2. Pemeriksaan fisik bayi</p> <p>3. Dilakukan pemeriksaan fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan c. Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala d. Mata : Tanda-tanda infeksi e. Hidung dan mulut : Bibir dan langit-langit periksa adanya sumbing refleks hisap, dilihat pada saat menyusu f. Leher : Pembekakan, gumpalan g. Dada : Bentuk, puting, bunyi nafas, bunyi jantung h. Bahu lengan dan tangan : Gerakan Normal, Jumlah Jari i. System syaraf : Adanya reflek moro j. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan k. Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang l. Kelamin perempuan : Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor m. Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari n. Punggung dan Anus: Pembekakan atau cekungan, Ada anus atau lubang o. Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir p. Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya q. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu : Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah |

| Kunjungan | Penatalaksanaan |
|--|---|
| | <p>hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi – bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan,Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan</p> <p>r. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat, Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan tempat yang hangat dan bersih 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan 6. Memberikan Imunisasi HB-0 |
| <p>Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan |

| Kunjungan | Penatalaksanaan |
|---|--|
| Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan |

2.5 Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas

2.5.1 Pengertian

Masa nifas (postpartum/puerperium) berasal dari bahasa Latin yaitu dari kata “*Puer*” yang artinya bayi dan “*Parous*” yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologis sudah terjadi perubahan pada bentuk semula (sebelum hamil), tetapi secara psikologis masih terganggu maka nifas tersebut belum berjalan dengan normal atau sempurna (Nurjanah dkk, 2013).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awam. Masa ini penting sekali untuk terus

dipantau. Masa nifas merupakan masa pembersihan rahim, sama halnya seperti masa haid (Saleha, 2009).

2.5.2 Tujuan asuhan masa nifas

Pada masa nifas ini terjadi perubahan-perubahan fisik maupun psikis berupa organ reproduksi, terjadi proses laktasi, terbentuknya hubungan antara orang tua dan bayi dengan memberikan dukungan. Atas dasar tersebut perlu dilakukan suatu pendekatan antara ibu dan keluarga dalam manajemen kebidanan. Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

2.5.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis.

2.5.2.2 Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

2.5.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.

2.5.2.4 Memberikan pelayanan KB (Saleha, 2009).

2.5.3 Tahapan masa nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

2.5.3.1 Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah dan suhu.

2.5.3.2 Periode early postpartum (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau

busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

2.5.3.3 Periode late post partum (1 minggu-5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Saleha, 2009).

2.5.4 Peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas

Bidan memiliki peran yang sangat penting dalam pemberian asuhan postpartum. Adapun peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

2.5.4.1 Memberikan dukungan yang berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis pada masa nifas.

2.5.4.2 Sebagai promotor hubungan antara ibu, bayi dan keluarga.

2.5.4.3 Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

2.5.4.4 Membuat kebijakan, rencana program kesehatan yang berkaitan ibu, anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.

2.5.4.5 Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

2.5.4.6 Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.

2.5.4.7 Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik serta mempraktikkan kebersihan yang aman.

2.5.4.8 Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menentukan diagnosis dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama masa nifas.

2.5.4.9 Memberikan asuhan secara profesional (Nurjanah dkk, 2013).

2.5.5 Kebijakan program pemerintah dalam asuhan masa nifas
Kebijakan mengenai pelayanan nifas (puerperium) yaitu paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas.

Tabel 2.8 Asuhan Kunjungan Masa Nifas Normal

| KUNJUNGAN | WAKTU | ASUHAN |
|-----------|-----------------------------|--|
| 1 | 6-8 jam setelah persalinan | <ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk jika perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu/salah satu keluarga bagaimana mencegah perdarahan masan nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan BBL f. Menjaga bayi tetap sehat untuk mencegah hipotermi g. Mendampingi ibu dan bayi baru lahir bagi petugas kesehatan yang menolong persalinan minimal 2 jam pertama setelah lahir sampai keadaan stabil. |
| 2 | 6 hari setelah persalinan | <ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus uteri dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan maupun bau yang abnormal) b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi dan perdarahan Abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi (perawatan tali pusat dan merawat bayi sehari-hari). |
| 3 | 2 minggu setelah persalinan | Sama dengan tujuan kunjungan 6 hari setelah persalinan. |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| 4 | 6 minggu setelah persalinan | <ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang di alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini. |
|---|-----------------------------|---|

Sumber: (Nurjanah dkk, 2013)

2.5.6 Proses laktasi dan menyusui

Dikenal juga dengan istilah inisiasi menyusui dini, dimana ASI baru akan keluar setelah ari-ari atau plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Umumnya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang baik sekali untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi dan antibodi pembunuh kuman (Saleha, 2009).

2.5.6.1 Manfaat pemberian ASI

- a. Manfaat bagi bayi
 - 1) Komposisi sesuai kebutuhan.
 - 2) Kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan.
 - 3) ASI mengandung zat pelindung.
 - 4) Menunjang perkembangan kognitif.
 - 5) Menunjang perkembangan penglihatan.
 - 6) Memperkuat ikatan batin antara ibu dan anak.
 - 7) Dasar untuk perkembangan emosi yang hangat.
 - 8) Dasar untuk perkembangan kepribadian yang percaya diri (Saleha, 2009).
- b. Manfaat bagi ibu
 - 1) Mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula.
 - 2) Mencegah anemia defisiensi zat besi.
 - 3) Mempercepat ibu kembali ke berat badan sebelum hamil.

- 4) Menunda kesuburan.
- 5) Menimbulkan perasaan yang dibutuhkan.
- 6) Mengurangi kemungkinan kanker payudara dan ovarium (Saleha, 2009).

2.5.6.2 Posisi menyusui yang benar

- a. Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu.
- b. Dagu ibu menempel pada payudara.
- c. Dagu bayi menempel pada dada ibu yang berada didasar payudara (bagian bawah).
- d. Telinga bayi berda dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi.
- e. Mulut bayi terbuka dengan bibir bawah yang terbuka.
- f. Sebagian besar areola tidak tampak.
- g. Bayi menghisap dalam dan perlahan.
- h. Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui.
- i. Terkadang terdengar suara bayi menelan.
- j. Puting susu tidak terasa sakit atau lecet (Saleha, 2009).

2.5.7 Perubahan pada masa nifas

2.5.7.1 Perubahan fisiologis masa nifas

- a. Perubahan sistem reproduksi

- 1) Involusi Uterus

Involusi adalah perubahan keseluruhan alat genitalia. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.9 Perubahan uterus pada masa nifas

| Involusi Uterus | Tinggi Fundus Uteri | Berat Uterus |
|------------------------|--|---------------------|
| Bayi lahir | Setinggi Pusat, 2 jari dibawah pusat | 1000 gr |
| 1 minggu | Pertengahan antara pusat dan symphysis | 750 gr |
| 2 minggu | Tidak teraba di atas simfisis | 500 gr |
| 6 minggu | Normal | 50 gr |

Sumber : (Saleha, 2009)

2) Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Proses keluarnya lokia terdiri atas empat tahapan yaitu:

- a) Lokia rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekoneum dari hari ke-1 sampai hari ke-4 pasca persalinan.
- b) Lokia sanguinolenta berwarna merah kecoklatan dan juga berlendir. Lokia ini berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke-7 pasca persalinan.
- c) Lokia serosa berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Lokia ini keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- d) Lokia alba berwarna putih mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokia ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu pasca persalinan (Astuti dkk, 2015).

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri , merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum.

b. Perubahan sistem pencernaan

Pada ibu nifas terutama yang partus lama dan terlantar mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltik usus. Penyebabnya adalah penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltik usus, serta bisa juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum.

c. Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan (Saleha, 2009).

2.5.7.2 Perubahan psikologis masa nifas

a. Fase *taking in* (fase ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

b. Fase *taking hold* (fase independen)

Akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Aktif, mandiri dan bisa membantu keputusan. Memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merispons intruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

c. Fase *letting go* (fase interdependen)

Terakhir hari ke-10 sampai 6 minggu postpartum. Ibu sudah mengubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Ibu sudah dapat menjalankan peran nya (Astuti dkk, 2015).

2.5.8 Deteksi dini tanda bahaya pada masa nifas

2.5.8.1 Perdarahan postpartum primer

Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah antonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri.

2.5.8.2 Perdarahan postpartum sekunder

Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan pasca persalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik atau sisa plasenta yang tertinggal.

2.5.8.3 Infeksi masa nifas.

2.5.8.4 Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur.

2.5.8.5 Demam, muntah dan rasa sakit waktu berkemih.

2.5.8.6 Payudara yang berubah jadi merah, panas dan atau terasa sakit.

2.5.8.7 Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.

2.5.8.8 Rasa sakit, merah, lunak dan atau pembengkakkan di kaki (Astuti dkk, 2015).

2.5.9 Kebutuhan dasar masa nifas

2.5.9.1 Nutrisi dan cairan

- a. Sumber tenaga (energy) yang diperlukan untuk pembakaran tubuh dan pembentukan jaringan baru. Karbohidrat berasal dari padi-padian, kentang, umbi, jagung, sagu, tepung roti, mie dan lain-lain. Lemak bisa diambil dari hewani dan nabati.
- b. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari hewani (telur, daging, ikan, udang, kerang, susu, dan keju) dan protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan).
- c. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah - buahan segar.

2.5.9.2 Ambulasi dini

Early ambulation adalah kebijakan untuk selekas mungkin membimbing ibu postpartum keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya selekas mungkin berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

2.5.9.3 Eliminasi

- a. Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam.

b. Defekasi

Biasanya 2-3 hari post Partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat.

2.5.9.4 Menjaga kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

a. Kebersihan genetalia

Anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gantilah pembalut minimal 3 kali sehari.

b. Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lokia.

c. Perawatan payudara

Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susunya sebelum menyusui bayinya, lakukan perawatan payudara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI.

2.5.9.5 Istirahat

Untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah.

2.5.9.6 Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

2.5.9.7 Rencana akseptor keluarga berencana

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung hormon, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI.

2.5.9.8 Senam nifas

Latihan senam nifas dapat diberikan hari ke dua.

- a. Ibu terlentang lalu kedua kaki ditekuk, kedua tangan ditaruh diatas dan menekan perut. Lakukan pernapasan dada lalu pernapasan perut.
- b. Dengan posisi yang sama, angkat bokong lalu taruh kembali. Kedua kaki diluruskan dan disilangkan lalu kencangkan otot seperti menahan miksi dan defekasi.
- c. Duduklah pada kursi, perlahan bungkukan badan sambil tangan berusaha menyentuh tumit (Astuti dkk, 2015).

2.6 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian

Keluarga Berencana (KB) adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan (Sulistyawati, 2011).

Keluarga Berencana (family planning, planned parenthood) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar, 2011).

2.6.2 Tujuan program KB

2.6.2.1 Tujuan umum

Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

2.6.2.2 Tujuan khusus

- a. Pengaturan kelahiran.
- b. Pendewasaan usia perkawinan.
- c. Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Sulistyawati, 2011).

2.6.3 Sasaran Program KB

Adapun sasaran program KB nasional lima tahun kedepan seperti tercantum dalam RPP JM 2004-2009 adalah sebagai berikut :

2.6.3.1 Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi satu, 14 % per tahun

2.6.3.2 Menurunkan angka kelahiran total FertilitlyRate (TFR) menjadi 2, 2 perperempuan.

2.6.3.3 Meningkatnya peserta KB Pria menjadi 4, 5 %

2.6.3.4 Meningkatnya pengguna metode Kontrasepsi yang efektif dan efisien

2.6.3.5 Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.

2.6.3.6 Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif

2.6.3.7 Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi (Setiyaningrum, 2014).

2.6.4 Cara kerja kontrasepsi

Ada bermacam-macam tapi pada umumnya: mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma (Setiyaningrum, 2014).

2.6.5 Jenis-jenis kontrasepsi

2.6.5.1 Kontrasepsi sederhana tanpa alat

- a. Senggama terputus
- b. Pantang berkala (sistem kalender)
- c. Amenore laktasi

2.6.5.2 Kontrasepsi sederhana dengan alat

- a. Kondom
- b. Diafragma
- c. KB suntik
 - 1) KB suntik 1 bulan (kombinasi)
 - 2) KB suntik 3 bulan
- d. KB pil
 - 1) KB pil kombinasi
 - 2) KB pil mini
- e. AKDR
- f. Implant
- g. MOP/MOW (Sulistyawati, 2011).

2.6.6 Metode efektif terpilih

Metode efektif terpilih adalah kontrasepsi suntik progestin, yang dimaksud dengan kontrasepsi progestin yaitu:

2.6.6.1 Profil

- a. Sangat efektif.
- b. Aman.
- c. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- d. Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- e. Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

2.6.6.2 Jenis

Jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin adalah Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).

2.6.6.3 Cara kerja

- a. Mencegah ovulasi.
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- c. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

2.6.6.4 Efektifitas

Kontrasepsi suntik memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

2.6.6.5 Keuntungan

- a. Sangat efektif.
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang.

- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f. Sedikit efeksamping.
- g. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h. Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause.
- i. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- l. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

2.6.6.6 Keterbatasan

- a. Sering ditemukan gangguan haid seperti:
 - 1) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - 2) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - 3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting).
 - 4) Tidak haid sama sekali.
- b. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk mendapatkan suntikan).
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- d. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.

- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
- f. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)>
- h. Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- i. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan libido, gangguan emosi (jaringan), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- j. Penggunaan KB hormonal maksimal 5 tahun, apabila lebih dari 5 tahun dapat menyebabkan perubahan pada lipid serum, menurunkan densitas tulang, menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, dan jerawat (Sulistyawati, 2011).

2.6.6.7 Indikasi

- a. Usia reproduksi
- b. Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f. Setelah abortus atau keguguran.
- g. Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h. Perokok.

- i. Tekanan darah < 180/100 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- j. Menggunakan obat suntik epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- k. Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- l. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- m. Anemia defisiensi berat.
- n. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

2.6.6.8 Kontra indikas

- a. Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorhea.
- d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- e. Diabetes melitus disertai komplikasi.

2.6.6.9 Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik progestin

- a. Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
- b. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c. Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan

pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.

- e. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non-hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- f. Ibu ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
- g. Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

2.6.6.10 Cara penggunaan kontrasepsi suntikkan

- a. Kontrasepsi suntikkan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikkan intramuscular dalam di daerah pantat. Apabila suntikkan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari. Pemberian kontrasepsi suntikkan noristerat untuk 3 injeksi berikutnya diberikan setiap 8 minggu. Mulai dengan injeksi ke-5 diberikan setiap 12 minggu.
- b. Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara.

2.6.6.11 Informasi lain yang perlu disampaikan peringatan bagi pemakai kontrasepsi suntikkan progestin

- a. Pemberian kontrasepsi suntikkan sering menimbulkan gangguan haid (amenorea). Gangguan haid ini biasanya bersifat sementara dan sedikit sekali mengganggu kesehatan.
- b. Dapat terjadi efek samping seperti peningkatan berat badan, sakit kepala, dan nyeri payudara. Efek samping ini jarang, tidak berbahaya dan cepat hilang.
- c. Karena terlambatnya kembali kesuburan, penjelasan perlu diberikan pada ibu usia muda yang ingin menunda kehamilan, atau bagi ibu yang merencanakan kehamilan berikutnya dalam waktu dekat.
- d. Setelah suntikkan dihentikan, haid tidak segera datang. Hain baru datang kembali pada umumnya setelah 6 bulan. Selama tidak haid tersebut dapat saja terjadi kehamilan. Bila setelah 3-6 bulan tidak juga haid, klien harus kembali kedokter atau ke tempat pelayanan kesehatan untuk mencari penyebab tidak haid tersebut.
- e. Bila klien tidak dapat kembali pada jadwal yang telah ditentukan, suntikkan dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Dapat juga suntikkan diberikan 2 minggu setelah jadwal yang ditetapkan, asal saja tidak terjadi kehamilan. Klien tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari, atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya selama 7 hari. Bila perlu dapat juga digunakan kontrasepsi darurat.
- f. Bila klien misalnya sedang menggunakan salah satu kontrasepsi suntikkan dan kemudian meminta untuk digantikan dengan kontrasepsi suntikkan yang lain, sebaiknya jangan dilakukan. Andaikan terpaksa juga

dilakukan, kontrasepsi yang akan diberikan tersebut diinjeksi sesuai dengan jadwal dari kontrasepsi hormonal yang sebelumnya.

- g. Bila klien lupa jadwal suntikkan, suntikkan dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil.

2.6.6.12 Peringatan bagi pemakai kontrasepsi suntikkan progestin

- a. Setiap terlambat haid harus dipikirkan adanya kemungkinan kehamilan
- b. Nyeri abdomen bawah yang berat kemungkinan gejala kehamilan ektopik terganggu.
- c. Timbulnya abses atau perdarahan di tempat injeksi.
- d. Sakit kepala migren, sakit kepala yang berulang berat, atau kaburnya penglihatan.
- e. Perdarahan yang berat 2 kali lebih panjang dari masa haid atau 2 kali lebih banyak dalam satu periode masa haid.
- f. Bila terjadi hal-hal disebutkan diatas, hubungi tenaga kesehatan atau klinik (Sulistyawati, 2011).